伊丹市立伊丹特別支援学校長 様

## 臨時与薬依頼書、薬剤·栄養剤変更届

依頼内容について、レ点を記入し、表に内容をご記入下さい。

□ 臨時薬

期間

□ 変更 □ 中止

薬品名

形状·1回量

裏面を確認の上、必要時お薬 手帳のコピーとお薬を提出して 下さい。

与薬時間 | 与薬方法(飲ませ方等)



処方日

(EII)

口内服	例 4/6~ 4/8	ムコダイン錠 500mg	顆粒・1包	昼食後	少量の水に溶き口に入れ る	4/5
□外用薬						
□栄養剤 水分						
その他	<注意事項·I	副作用等>	1	I	I	
ついては、		みです。市販薬につきまし		· -	えて提出します。このことに ます。	
(小·中·高) 年 名前			保護者名			(EI)
伊丹市立位	伊丹特別支援学 臨時 <i>-</i>		·栄養剤変更		裏面を確認の上、必要時お薬 手帳のコピーとお薬を提出して 下さい。	
I	こっいて、レ点を □ 臨時薬		中止			/
l				与薬時間	与薬方法(飲ませ方等)	<i>人</i> 処方日
□内服	□ 臨時薬	□ 変更 □	中止	<b>与薬時間</b> 昼食後	<b>与薬方法(飲ませ方等)</b> 少量の水に溶き口に入れる	<b>処方日</b> 4/5
	□ 臨時薬 期間 4/6~	□ 変更 □ 薬品名	中止 形状·1回量		少量の水に溶き口に入れ	
	□ 臨時薬 期間 4/6~	□ 変更 □ 薬品名	中止 形状·1回量		少量の水に溶き口に入れ	
口内服	□ 臨時薬 期間 4/6~	□ 変更 □ 薬品名	中止 形状·1回量		少量の水に溶き口に入れ	

上記の内容について、依頼します。薬には名前を明記し、お薬手帳のコピーを添えて提出します。このことに

保護者名

ついては、主治医に確認済みです。市販薬につきましては、保護者の責任で依頼します。

令和 年 月

(小·中·高) 年 名前